

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Penelitian

Dalam Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (*ICPD*) di Kairo tahun 1994, menghasilkan program penting yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi untuk mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI), yaitu menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi secara menyeluruh dan terpadu, termasuk penghapusan berbagai bentuk kekerasan terhadap perempuan; sedangkan keputusan MDGs Goal 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu melalui target AKI jadi 120 per 100 000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

Hasil Konferensi tersebut sesuai dengan Pasal 28 H Ayat 1 UUD. 45 yang menyatakan bahwa: Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, untuk mencapai maksud tersebut negara harus memberikan jaminan sebagaimana diatur dalam UUD. 45: bahwa negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat. (Pasal 34 Ayat 2)

Walaupun pemerintah telah membuat berbagai kebijakan dan program dalam rangka mengurangi AKI, kenyataannya AKI masih tetap tinggi. Hingga 68 tahun Indonesia merdeka, jumlah kematian ibu di Indonesia tertinggi di ASEAN.

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), AKI per 100.000 kelahiran hidup menurun secara bertahap, dari 390 pada tahun 1991 menjadi 334 pada tahun 1997; dari 307 pada tahun 2003 menurun menjadi 228 pada tahun 2007; tetapi pada tahun 2012 melonjak menjadi 359. Angka ini tidak jauh berbeda dengan AKI 22 tahun yang lalu.

Masalah kematian ibu merupakan agenda utama dalam pelayanan kesehatan perempuan di Indonesia, karena AKI merupakan salah satu indikator dalam menentukan derajat kesehatan perempuan.

Merry Wijaya, 2014

Pengembangan model pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak

(studi terhadap kader kesehatan di desa pataruman

Kecamatan Cihampelas kabupaten Bandung Barat)

Universitas Pendidikan Indonesia | repository.upi.edu | perpustakaan.upi.edu

Dari Tabel Profil Gabung Kesehatan Ibu dan Anak Propinsi Jawa Barat Tahun 2012 diperoleh informasi bahwa di Kabupaten Bandung Barat pada Tahun 2012 terdapat 28 kasus kematian ibu dari 31.412 kelahiran hidup; 79 bayi lahir mati, 5670 ibu bersalin (17,3%) ditolong paraji dan terdapat 37 balita yang meninggal.

Menurut data monografi Desa Pataruman (2012), jumlah penduduk di Desa Pataruman seluruhnya 12628 jiwa, terdiri dari laki-laki 6633 jiwa dan perempuan 5995 jiwa, jumlah anak usia 0-6 tahun 1777 jiwa. Berdasarkan hasil survey pendahuluan diketahui bahwa: Desa Pataruman terdiri dari 10 RW dan setiap RW memiliki 1 Posyandu, terdapat 62 kader kesehatan, terdiri dari 57 kader perempuan dan 5 kader laki-laki. Setiap posyandu dikelola oleh 5-7 orang kader.

Hasil observasi lapangan diketahui, bahwa pelayanan kesehatan ibu dan anak yang diberikan oleh kader kesehatan di posyandu selama ini adalah: menimbang berat badan, menentukan status gizi anak, mencatat hasil kegiatan dan membuat laporan; membagikan oralit; Pil KB ulangan; kondom dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) kepada balita, kader belum mampu mengadakan penyuluhan kepada masyarakat tentang alasan dan pentingnya kegiatan dilakukan.

Berdasarkan wawancara dengan ketua kader kesehatan desa tersebut, sebagian besar kader cukup aktif dan mempunyai dedikasi tinggi, memiliki potensi untuk dikembangkan, semua kader sudah pernah mengikuti pelatihan yang berkaitan dengan peran kader rata-rata 4 kali dalam 2 tahun terakhir. tetapi kader belum mempunyai kapasitas dalam melaksanakan fungsinya dengan baik, terutama dalam hal penyuluhan dan pembinaan. Tetapi kenyataannya, kompetensi kader kesehatan di desa tersebut masih rendah.

Menurut Mc.Carthy dan Maine, (1992: 23-33), faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya kematian ibu meliputi: faktor sosio-kultural dan faktor ekonomi, seperti status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat dan status masyarakat itu sendiri.

Berdasarkan SDKI 2007, tingginya AKI selain masalah medis, juga karena masalah ketidaksetaraan gender, nilai budaya, ekonomi serta rendahnya perhatian laki-laki terhadap ibu hamil dan melahirkan.

Dari hasil penelitian Fibriana yang berkaitan dengan kematian ibu mengungkapkan, Keterlambatan pertolongan pertama merupakan keterlambatan dalam pengambilan keputusan. Dari hasil *indepth interview* yang dilakukan pada saat penelitian, diperoleh informasi bahwa ketika terjadi kegawatdaruratan, sering terlambat akibat pengambilan keputusan masih berdasarkan budaya ‘berunding’, yang menyebabkan keterlambatan merujuk. Peran suami sebagai pengambil keputusan utama juga masih tinggi, sehingga pada saat terjadi komplikasi yang membutuhkan keputusan ibu segera dirujuk menjadi tertunda karena suami tidak berada di tempat (Fibriana, 2007).

Berdasarkan hasil kajian teori dan fenomena penelitian tersebut, sesuai dengan kondisi empirik kesehatan ibu dan anak di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat, yaitu masih terdapat kematian ibu karena terlambat merujuk, pengambil keputusan ada pada suami, ibu dan anak kurang terakses fasilitas pelayanan kesehatan yang telah disediakan oleh pemerintah. Sebagai contoh: masih terdapat anak kurang gizi; paraji masih memegang peranan penting dalam pertolongan persalinan khususnya di RW 02 dan 10, ibu hamil belum menyadari pentingnya perawatan kehamilan, padahal sudah tersedia program jampersal untuk pemeriksaan kehamilan sampai nifas dan pertolongan persalinan gratis oleh tenaga kesehatan.

Fenomena ini timbul berkaitan dengan tidak semua bidan desa tinggal di tempat, sehingga kurangnya intensitas hubungan antara masyarakat dengan bidan, yang menyebabkan kurangnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya pertumbuhan dan perkembangan anak, kurangnya pemahaman ibu hamil terhadap pentingnya perawatan kehamilan dan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Masyarakat menganggap kehamilan dan persalinan adalah kodrat, tidak perlu ada perawatan khusus, kematian merupakan takdir dan bila terjadi kematian ibu saat melahirkan akan masuk surga. Faktor geografis di desa tersebut juga menjadi kendala bila terjadi kegawatdaruratan, karena tempat rujukan jauh dan macet, sangat berisiko terjadinya keterlambatan dalam pelayanan medis.

Banyak faktor yang berkaitan dengan masalah tersebut, antara lain: kurangnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan ibu dan anak serta kurangnya pemahaman gender; sosial ekonomi rendah; geografis yang tidak mendukung; kader banyak dan berdedikasi tinggi, sering ikut pelatihan tentang kesehatan tetapi kader kurang mampu dalam melaksanakan perannya.

Berdasarkan kajian kebijakan kesehatan dan implementasi yang dilaksanakan oleh pemerintah serta kajian teori yang relevan, dapat diidentifikasi penyebab tingginya kematian ibu di Desa Pataruman, Kecamatan Cihampelas, Kabupaten Bandung Barat adalah: kurangnya pemahaman masyarakat tentang pengaruh gender terhadap kesehatan, terutama tentang kesehatan ibu dan anak serta kurangnya kompetensi kader kesehatan dalam melaksanakan perannya. Walaupun kader kesehatan sering mendapatkan pelatihan kesehatan.

Setelah dikonfirmasi terhadap tenaga kesehatan sebagai pengelola dan narasumber pelatihan, ternyata pelatihan yang dilakukan selalu berkaitan dengan ketersediaan proyek, bukan berdasarkan kepentingan yang dibutuhkan masyarakat, demikian juga dengan kurikulum pelatihan, dirancang oleh pemerintah pusat dan diseragamkan untuk seluruh daerah, bukan berdasarkan fenomena yang timbul kemudian disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi daerah masing-masing. Metode yang digunakan selama proses pelatihan adalah ceramah tanya jawab, evaluasi hanya dilakukan pada akhir pelatihan, dengan tanya jawab tentang materi yang telah disampaikan pada beberapa peserta pelatihan, dan pembinaan pasca pelatihan dilakukan bila timbul masalah.

Merry Wijaya, 2014

Pengembangan model pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak

(studi terhadap kader kesehatan di desa pataruman

Kecamatan cihampelas kabupaten bandung barat)

Universitas Pendidikan Indonesia | repository.upi.edu | perpustakaan.upi.edu

Kondisi pelatihan seperti di atas menyebabkan tidak tercapainya kompetensi kader setelah mengikuti pelatihan. Masalah ini sangat berkaitan dengan pendekatan model dan metode pembelajaran yang digunakan, baik dalam perencanaan pelatihan, selama proses pelatihan maupun evaluasi program.

Berdasarkan kajian teoritis, metode pembelajaran partisipatif efektif untuk meningkatkan kompetensi peserta pelatihan. Menurut Kamil: Suatu model pelatihan yang efektif bila dilandasi kurikulum, pendekatan dan strategi yang sesuai dengan kebutuhan belajar sasaran didik dan permasalahan-permasalahan yang terjadi, kegiatan belajar dalam pelatihan dibangun atas dasar partisipasi aktif dari peserta dalam semua aspek kegiatan. Sedangkan menurut Sudjana. (2001) iklim yang kondusif untuk belajar melalui pembinaan hubungan yang baik dan saling belajar, sangat dibutuhkan dalam Pembelajaran Partisipatif.

Agar pelatihan efektif untuk meningkatkan kompetensi kader setelah mengikuti pelatihan, penulis menggunakan model pelatihan partisipatif sesuai dengan kebutuhan belajar kader kesehatan yang mengikuti pelatihan.

Kompetensi kader yang diharapkan setelah mengikuti pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak antara lain adalah: dapat mendampingi ibu hamil; meyakinkan ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya ke petugas kesehatan; mampu menyampaikan pesan gender kepada ibu hamil untuk mendukung kesehatan ibu dan janin; memahami tanda bahaya ibu hamil; merujuk ibu hamil bila diperlukan; meyakinkan ibu melahirkan di tenaga kesehatan; mampu mengetahui tanda bahaya ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas; meyakinkan ibu untuk memberikan ASI kepada bayinya; mampu mengajarkan ibu cara memerah ASI dan menyajikannya; mampu merawat tali pusat bayi dan memandikan bayi baru lahir; mampu meyakinkan ibu agar bayinya diimunisasi dan ditimbang; mampu mengadvokasi ibu nifas maupun suaminya menggunakan salah satu metode KB;

merekap dan melaporkan kondisi seluruh ibu hamil sampai nifas di wilayah binaannya ke Bidan Desa/puskesmas setempat setiap akhir bulan.

Kurikulum yang diperlukan adalah: Pengaruh gender terhadap kesehatan ibu dan anak; Kesehatan ibu hamil; bersalin dan nifas; kesehatan anak; Keluarga Berencana; ilmu sosial budaya dan ilmu komunikasi.

Mangkunegara (2009:52) memandang setiap pelatihan memerlukan tahapan-tahapan, sebagaimana dikemukakan bahwa :

Tahapan-tahapan dalam pelatihan dan pengembangan meliputi : (1) mengidentifikasi kebutuhan pelatihan/ *need assesment*; (2) menetapkan tujuan dan sasaran pelatihan; (3) menetapkan kriteria keberhasilan dengan alat ukurnya; (4) menetapkan metode pelatihan; (5) mengadakan percobaan (*try out*) dan *revisi*; serta (6) mengimplementasikan dan mengevaluasi.

Agar pelatihan sesuai dengan tujuan yang direncanakan, perlu mengikuti tahapan-tahapan dalam pelatihan dan pengembangan berdasarkan konsep pembelajaran partisipatif, melalui agen-agen pembaharuan yang handal dengan melibatkan pranata-pranata sosial yang ada di masyarakat, untuk mendapatkan dukungan masyarakat dalam pelaksanaan inovasi tersebut, guna perbaikan masalah sosial yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak.

Tujuan dilakukan suatu pelatihan menurut Hadari, (2005) untuk memperbaiki kemampuan peserta dalam melaksanakan pekerjaan secara individual, kelompok dan berdasarkan jenjang jabatan dalam organisasi atau perusahaan.

Berdasarkan pernyataan di atas, penulis berpendapat jika pengelolaan pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak dilaksanakan sesuai tahapan-tahapan pelatihan dan menggunakan model yang efektif, akan meningkatkan kompetensi dalam mendampingi ibu hamil sampai nifas, sehingga akan meningkatkan kesehatan ibu dan anak di desa tersebut.

Dalam menghadapi masalah ini, diperlukan kontribusi Pendidikan Non Formal (PNF), karena masalah kesehatan perempuan dimulai sejak konsepsi

sampai usia lanjut. PNF dipandang oleh sebagian pakar pendidikan lebih mampu mengembangkan konsep pendidikan sepanjang hayat, untuk mengkondisikan tumbuhnya kesadaran, minat dan semangat masyarakat, yang menjadi kekuatan utama dalam mengatasi dan memecahkan masalah sosial-ekonomi dan kesehatan yang dihadapi melalui pelatihan. Sudjana (2001:217-218), mengemukakan bahwa:

Proses belajar dalam lingkup pendidikan sepanjang hayat melalui PNF sangat fleksibel dan cocok untuk berbagai lapisan masyarakat, dan dapat ditempuh melalui berbagai cara antara lain: dengan menyaksikan atau mengamati orang lain melakukan kegiatan yang diinginkan; membantu orang lain membuat barang atau usaha; ikut serta dengan orang lain yang melakukan usaha; atau mengerjakan sendiri pekerjaan/ kegiatan tertentu. Melalui salah satu atau beberapa langkah tersebut, peserta didik dapat mengembangkan pengetahuan, keterampilan, sikap dan aspirasinya untuk mencapai kepuasan dalam meningkatkan diri ke arah yang lebih baik.

Menyimak kondisi empiris kesehatan ibu dan anak di Desa Pataruman, Kader Kesehatan Desa Pataruman menyadari akan kebutuhan kesehatan dan mempunyai wawasan ke depan bagi dirinya maupun masyarakatnya serta manfaat ekonomi untuk mengurangi biaya pengobatan yang mahal dan berisiko, perlu adanya dukungan dan pendekatan/advokasi dari pihak yang berpengaruh pada tokoh masyarakat, pengambil kebijakan di lintas sektor maupun lintas program sebagai pendukung terlaksananya pendidikan sepanjang hayat, selain itu diperlukan masyarakat yang mempunyai komitmen tinggi untuk dijadikan kader kesehatan di wilayahnya. Kader kesehatan yang dipilih dari dan oleh masyarakat lebih diterima oleh masyarakat, untuk menghasilkan output sesuai dengan tujuan dan mempunyai pengaruh/dampak yang positif.

Kader kesehatan yang direkrut perlu diberikan *treatment* pelatihan berbasis gender, agar mampu meningkatkan kompetensi kader dalam memberikan pemahaman kepada masyarakat tentang dampak perbedaan peran gender terhadap kesehatan ibu dan anak.

Dalam perencanaan pelatihan tersebut, perlu didukung oleh berbagai komponen antara lain: *instrumental input*; termasuk sumber daya manusia (kompetensi yang akan dicapai dan pengalaman dari peserta didik), *hardware* (sarana, alat dan media pembelajaran dan latihan), *software* (kurikulum dan metode praktek); *raw input* (bakat dan minat serta motivasi), proses pembelajaran; (perencanaan dan interaksi pembelajaran), *environmental input*; (sumber daya alam dan lingkungan), *other input*; (pendampingan, dukungan dan kemitraan), *output*; (kompetensi kader meningkat), *outcome*; (kompeten dalam pembinaan ibu hamil sampai masa nifas).

Komponen-komponen dari model pelatihan tersebut hendaknya dirancang oleh, bersama dan untuk peserta didik dengan bantuan sumber belajar/tutor, serta memperhatikan kebutuhan dan aspirasi peserta didik. Demikian juga dalam proses belajar, harus disesuaikan dengan prinsip-prinsip pembelajaran partisipatif. Kader di Desa Pataruman semuanya adalah orang dewasa, yang telah memiliki pengalaman dalam merawat kesehatan dirinya maupun anaknya, serta telah mendapatkan pengetahuan ketika mengikuti pelatihan, maupun mendapatkan pengalaman selama menjadi kader kesehatan, jika proses pelatihan dilakukan dengan model Pembelajaran Partisipatif (*Participative Teaching and Learning*), yang melibatkan peserta didik secara aktif dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pembelajaran, diharapkan dapat meningkatkan efektifitas untuk mendapatkan *output* sesuai dengan yang direncanakan.

Agar tidak terjadi benturan kebudayaan yang dapat menghambat masuknya budaya baru, diperlukan adanya strategi untuk memahami tentang aspek sosial budaya tersebut, diperlukan strategi dan langkah-langkah untuk menyadarkan kaum perempuan akan pentingnya pemahaman gender yang berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan anak melalui pembinaan kader kesehatan yang kompeten.

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang Pengembangan Model Pelatihan Partisipatif Berbasis Gender Dalam

Meningkatkan Kompetensi Kader Tentang Kesehatan Ibu dan Anak. Agar kader kesehatan mampu/kompeten melakukan pembinaan dan pendampingan kepada ibu hamil, bersalin sampai masa nifas yang terdapat di masing-masing RW di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat.

B. Identifikasi dan Perumusan Masalah

1. Identifikasi Masalah

Masalah-masalah yang muncul dari kegiatan pelatihan partisipatif berbasis gender untuk meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak dapat diidentifikasi sebagai berikut:

Dilandasi kurikulum, adanya pendekatan dan strategi yang sesuai dengan kebutuhan belajar sasaran didik serta strategi untuk mengatasi permasalahan-permasalahan yang terjadi selama proses pelatihan

Instrumental input; termasuk sumber daya manusia (kompetensi yang akan dicapai dan pengalaman dari peserta didik), *hardware* (sarana, alat dan media pembelajaran dan latihan), *software* (kurikulum dan metode praktek); *raw input* (bakat dan minat serta motivasi), proses pembelajaran; (perencanaan dan interaksi pembelajaran), *environmental input*; (sumber daya alam dan lingkungan), *other input*; (pendampingan, dukungan dan kemitraan), *output*; (kompetensi kader meningkat), *outcome*; (kompeten dalam pembinaan ibu hamil sampai masa nifas).

- a. Kompetensi yang diharapkan tidak sesuai dengan kebutuhan maupun pengalaman peserta pelatihan.
- b. Media dan alat pembelajaran selama proses pelatihan sulit didapatkan
- c. Kurikulum pembelajaran yang disusun tidak integratif antara materi pelatihan dan keterampilan yang diharapkan.
- d. Tutor maupun peserta pelatihan tidak mempunyai bakat dan motivasi dalam mengikuti pelatihan.
- e. Sumber daya alam dan lingkungan pelatihan tidak kondusif.
- e. Tidak ada dukungan, pembinaan dan kemitraan setelah pelatihan.

Merry Wijaya, 2014

Pengembangan model pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak

(studi terhadap kader kesehatan di desa pataruman Kecamatan cihampelas kabupaten bandung barat)

Universitas Pendidikan Indonesia | repository.upi.edu | perpustakaan.upi.edu

- f. Output pelatihan tidak sesuai kompetensi yang diharapkan.
- g. Kader tidak kompeten dalam pembinaan ibu hamil sampai masa nifas.

2. Perumusan Masalah

Dari tujuh permasalahan yang telah diidentifikasi, dijadikan fokus penelitian, dengan rumusan masalah sebagai berikut:

- a. Bagaimana kondisi empirik tentang kesehatan ibu dan anak di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat?
- b. Bagaimana kondisi empirik upaya kader untuk meningkatkan kompetensi tentang kesehatan ibu dan anak di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat?
- c. Bagaimana kondisi empirik pemahaman kader tentang gender yang berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan anak di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat?
- d. Bagaimana pengembangan model pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat?
- e. Bagaimana mengimplementasikan model pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat?
- f. Bagaimana efektivitas model pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat?

C. Tujuan Penelitian

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model konseptual pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak. Mengacu pada tujuan umum, maka tujuan khusus studi ini secara terperinci adalah:

- 1. Untuk memperoleh informasi tentang kondisi empirik kesehatan ibu dan anak

Merry Wijaya, 2014

Pengembangan model pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak

(studi terhadap kader kesehatan di desa pataruman Kecamatan cihampelas kabupaten bandung barat)

Universitas Pendidikan Indonesia | repository.upi.edu | perpustakaan.upi.edu

di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat.

2. Untuk memperoleh informasi tentang kondisi empirik upaya kader dalam meningkatkan kompetensi tentang kesehatan ibu dan anak di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat.
3. Untuk memperoleh informasi kondisi empirik pemahaman kader tentang gender yang berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan anak di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat.
4. Untuk mengetahui cara pengembangan model konseptual pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat.
5. Untuk mengimplementasikan model konseptual pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat.
6. Untuk menguji efektivitas model pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat.

Dari tujuan yang ditetapkan, pada akhirnya dapat menemukan sebuah model pelatihan berbasis gender untuk meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak, yang difokuskan pada model pelatihan partisipatif dalam Program Pendidikan Non Formal(PNF).

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini dapat ditinjau dari dua aspek yaitu:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya pengembangan keilmuan pendidikan non formal khususnya dalam:

- a. Pengelolaan program pelatihan dan pengembangan sistem pembelajaran berdasarkan riset, penyediaan tutor yang kompeten dengan metode

Merry Wijaya, 2014

*Pengembangan model pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak
(studi terhadap kader kesehatan di desa pataruman
Kecamatan cihampelas kabupaten bandung barat)*

Universitas Pendidikan Indonesia | repository.upi.edu | perpustakaan.upi.edu

pembelajaran partisipatif, sebagai satuan dalam pendidikan non formal, untuk meningkatkan mutu layanan masyarakat tanpa diskriminasi dari segala usia, letak geografis, budaya, ras, gender dan etnis, sehingga terjangkau layanan pendidikan secara berkelanjutan dan berkesetaraan, bermutu, relevan dengan kebutuhan masyarakat di daerah masing-masing.

- b. Masalah gender sangat berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan anak, karena adanya pengaruh budaya patriarki terhadap birokrasi publik, sehingga belum sepenuhnya sensitif gender, dengan berbagai strategi PNF, diharapkan pendidikan berbasis gender dapat terinternalisasi dalam menyusun strategi pengintegrasian gender melalui perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi atas kebijakan, program dan kegiatan pembangunan dalam setiap program pelatihan.

2. Manfaat Praktis

Secara praktis, penelitian diharapkan memberikan kegunaan sebagai berikut:

- a. Sebagai masukan untuk mencari alternatif lain bagi pengambil kebijakan, dalam mengembangkan program pelatihan partisipatif, khususnya dalam bidang kesehatan ibu dan anak.
- b. Program pelatihan berbasis gender untuk meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak, yang dikembangkan dalam program pendidikan non formal, untuk menjangkau kelompok masyarakat yang kurang terlayani di daerah terpencil, dan meningkatkan keadilan bagi kaum perempuan, tentang hak yang menyangkut kesehatan dirinya serta layanan pemberdayaan untuk hidup sehat secara mandiri.
- c. Pelatihan partisipatif berbasis gender sebagai alternatif model bagi lembaga-lembaga yang terkait, pengelola program pelatihan dalam meningkatkan kompetensi kader kesehatan. Selain itu diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pedoman dan rambu-rambu, dalam

penyusunan program pelatihan berbasis gender untuk meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak.

E. Struktur Organisasi Disertasi

Sistematika penulisan disertasi yang berjudul Pengembangan Model Pelatihan Partisipatif Berbasis Gender dalam Meningkatkan Kompetensi Kader Tentang Kesehatan Ibu dan Anak terdiri dari :

- BAB I, Pendahuluan yang membahas tentang latar belakang penelitian, identifikasi dan perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, struktur organisasi disertasi.
- BAB II, Kajian Pustaka dan Kerangka Pemikiran yang berhubungan dengan masalah penelitian diantaranya: 1) Pendidikan Non Formal 2) Hakikat Program Pelatihan; 3) Hakikat Gender dalam Kesehatan ibu dan anak; 4)Konsep Kader Kesehatan Desa; 5)Kerangka Pemikiran.
- BAB III, Metodologi Penelitian, membahas beberapa komponen diantaranya: lokasi dan subjek penelitian, desain penelitian, metode penelitian, definisi operasional, instrumen penelitian, proses pengembangan instrumen, teknik pengumpulan data dan analisis data.
- BAB IV, Pembahasan hasil penelitian yang bertujuan untuk: (1) Mendeskripsikan kondisi empirik tentang kesehatan ibu dan anak di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat; (2) Mendeskripsikan kondisi empirik pelatihan kesehatan dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak; (3) Mendeskripsikan kondisi empirik pemahaman kader tentang gender yang berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan anak di Desa Pataruman Kecamatan Cihampelas Kabupaten Bandung Barat; (4) Mendeskripsikan model konseptual pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak; (5) Mendeskripsikan penerapan model pelatihan partisipatif

berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak; (6) Menguji efektivitas model pelatihan partisipatif berbasis gender dalam meningkatkan kompetensi kader tentang kesehatan ibu dan anak.

BAB V, Kesimpulan dan Saran, membahas kesimpulan dari hasil penelitian dan beberapa saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian.